

BAB I

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Sectio caesaria adalah pembedahan untuk melahirkan janin lewat *insisi* pada abdomen dan *uterus* (Oxorn, 1996 : 634).

Sectio caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau *sectio caesaria* adalah suatu *histerektomi* untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Mochtar, 1998 : 117).

Gemeli atau kehamilan ganda adalah suatu kehamilan dimana terdapat dua atau lebih *embrio* atau janin sekaligus. (Hacker, 2001: 265)

Masa nifas atau *post partum* adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai dengan pulihnya alat-alat reproduksi sampai keadaan sebelum hamil, berlangsung 6-8 minggu (Mochtar, 1998 : 115).

Dari definisi diatas maka yang disebut *post sectio caesaria* dengan indikasi *gemeli* adalah masa pulihnya alat-alat reproduksi setelah pembedahan untuk melahirkan dua atau lebih *embrio* atau janin sekaligus lewat *insisi* pada abdomen dan uterus.

B. Etiologi

Indikasi *sectio caesaria* pada ibu adalah *dispoporsi cephalo pelvik*, *placenta previa*, tumor jalan lahir, *hidramnion*, kehamilan *gemeli*, sedangkan

pada janin adalah janin besar, mal presentasi, letak lintang, *hidrosefalus*.
(Oxorn, 1996 : 634).

Penyebab kehamilan ganda menurut Mochtar (1998) adalah :

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi adalah bangsa, umur dan paritas, sering mempengaruhi kehamilan kembar 8 telur.
2. Faktor-faktor obat-obat induksi ovulasi: profertil dan hormon gonadotropin dapat menyebabkan kehamilan dizigotif dan kembar lebih dari dua.
3. Faktor keturunan.
4. Faktor yang lain belum diketahui.

C. Tipe-Tipe Sectio Caesaria

Tipe-tipe *sectio caesaria* menurut Oxorn (1996) adalah :

1. Tipe segmen bawah : *insisi* melintang.

Insisi melintang segmen bawah *uterus* merupakan prosedur pilihan abdomen dibuka dan disingkapkan. Lipatan *vesico-uterina peritoneum* yang terlalu dekat sambungan segmen atas dan bawah *uterus* disayat melintang, dilepaskan dari segmen bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapangan pandangan.

2. Tipe segmen bawah : *insisi* membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan *uterus* sama seperti pada *insisi* melintang. *Insisi* membujur dibuat dengan skapal dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3. *Sectio caesaria* klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dengan skapal ke dalam dinding anterior dan dilebarkan ke atas serta kebawah dengan gunting berujung tumpul.

4. *Sectio caesaria extraperitoneal*

Pembedahan *extraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perlunya *histerektomi* pada kasus yang mengalami infeksi luar dengan mencegah *peritonis* generalisasi yang sering bersifat fatal.

Tipe-tipe *gemeli* menurut Oxorn (1996 : 262).

1. Dua (2) telur

Pengertian : dua (2) janin tumbuh dari pembuahan dua (2) telur yang dikeluarkan pada siklus menstruasi yang sama, masing-masing bayi mempunyai plasenta, chorion dan kantung ketuban sendiri-sendiri.

2. Satu (1) telur

Ini adalah kembar identik / kembar yang sesungguhnya. Hanya ada satu telur yang dibuahi 1 spermatozoon sehingga janinnya berasal dari plasma gametaris yang sama. Ini adalah pembelahan sempurna kantong blastodermik. Terdapat 1 plasenta, 1 chorion dan 2 kantung ketuban.

D. Manifestasi Klinis Gemeli (Manuaba, 1998)

Pada kehamilan kembar dengan *distensi uterus* yang berlebihan dapat terjadi persalinan *prematurus*. Kebutuhan ibu untuk pertumbuhan hamil kembar lebih besar sehingga terjadi defisiensi nutrisi seperti anemia hamil yang dapat mengganggu pertumbuhan janin dalam rahim. Frekuensi

hidramnion pada hamil kembar sekitar 10 kali lebih besar dari kehamilan tunggal. Keregangan otot rahim yang menyebabkan *iskemia uteri* dapat meningkatkan *pre-eklampsia* dan *eklampsia*.

Solusio plasenta dapat terjadi setelah persalinan anak pertama karena retraksi otot rahim yang berlebihan. Perjalanan persalinan dapat berlangsung lebih lama, karena keregangan otot rahim yang melampaui batas. Setelah persalinan, terjadi gangguan kontraksi otot rahim yang menyebabkan *atonia uteri* menimbulkan perdarahan, *retensio plasenta* dan *plasenta rest*.

Dengan janin (bayi) yang relatif berat badannya rendah menyebabkan *morbiditas* dan kematian yang tinggi. Keluhan pada kehamilan kembar diantaranya terasa sesak napas, sering ingin kencing, edema tungkai, pembesaran pembuluh darah (*varises*).

E. Komplikasi *sectio caesaria*

a. Infeksi *puerpeural* (Nifas)

- 1) Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
- 2) Sedang dengan kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi, perut sedikit kembung.
- 3) Berat dengan *peritonitis* dan *sepsis*. Hal ini sering dijumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intra portal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama, penanganannya adalah dengan pemberian cairan elektrolit dan *antibiotik* yang adekuat dan tepat.

b. Perdarahan, disebabkan karena :

- 1) Banyak pembuluh darah terputus dan terbuka.
 - 2) *Atonia uteri*.
 - 3) Perdarahan pada placenta bad.
- c. Luka kandung kemih.
 - d. Kemungkinan ruptura uteri spontanea pada kehamilan mendatang.
- (Mochtar, 1998 : 121).

Pengaruh-pengaruh kehamilan kembar/komplikasi menurut Oxorn (1996):

1. Pengaruh pada ibu
 - a. Oleh karena ukuran isi *intrauterin* besar, sering timbul keluhan rasa tak enak sampai nyeri perut yang sesungguhnya tekanan terhadap diafragma menyebabkan *dypsneu*.
 - b. Beban mekanis dan metabolik menambah kompleks kehamilan.
 - c. Kembar menaikkan insidensi *pre-eklamsi* 5x.
 - d. Banyak keluhan oleh karena overaktivitas janin.
2. Pengaruh pada bayi
 - a. Kombinasi janin kecil dengan air ketuban banyak menyebabkan kenaikan insiden mal presentasi.
 - b. Mortalitas janin naik pada kehamilan kembar sampai 4x kehamilan tunggal.
 - c. Anak kedua menempati posisi yang kurang menyenangkan disegmen atas uterus yang aktif, berkontraksi sehingga risiko anak kedua hampir 2x lipat.
3. Pengaruh pada persalinan

Peregangan pada uterus berlebihan oleh karena besarnya janin 2 plasenta dan air ketuban yang banyak menyebabkan hal-hal sebagai berikut :

- a. Insiden yang tinggi dan pendarahan *post partum*
- b. Tali pusat menumbung
- c. Kehamilan ganda mempercepat keadaan *inkompetensi servik*
- d. Terjadi *partus prematurus*
- e. Ketuban pecah dini

F. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

1. Adaptasi Fisiologis (Hamilton, 1995 : 64 - 68)

a. Tanda-Tanda Vital

Suhu 24 jam pertama meningkat $> 38^{\circ}\text{C}$ akibat adanya dehidrasi dari perubahan hormonal, *relaksasi* otot, normal kembali dalam 24 jam pertama. Bila kenaikan suhu lebih dari dua hari maka pada pasien menunjukkan adanya sepsis puerperal infeksi *traktus urinarius*, *endometrios mastitis*, pembengkakan payudara pada hari kedua, ketiga dapat menyebabkan peningkatan suhu pasien.

b. Sistem Kardiovaskuler

Dapat terjadi *bradikardi* setelah persalinan, *takhikardi* bisa terjadi merefleksikan atau menunjukkan adanya kesulitan dalam proses persalinan atau persalinan lama, perdarahan yang terlebih (*hemorgie post partum*).

c. Tekanan Darah

Tekanan darah normal setelah melahirkan, penambahan *sistolik* 30 mmHg atau penambahan *diastolik* 15 mmHg khususnya bila disertai adanya sakit kepala atau gangguan penglihatan menunjukkan *pre-eklamsi*.

d. Laktasi

Produksi ASI mulai hari ke-4 *post partum*, pembesaran payudara puting susu menonjol, *kolostrum* berwarna kuning keputihan, *aerola mammae* berwarna hitam dan kembali normal setelah minggu pertama.

e. Sistem Gastrointestinal

Pengendalian fungsi *defekasi* kembali dalam minggu pertama, *peristaltik* usus terjadi penurunan segera setelah bayi lahir.

f. Sistem Muskuloskeletal

Terjadi peregangan dan penekanan otot, oedema ekstremitas bawah akan berkurang dalam minggu pertama

g. Sistem Perkemihan

Kandung kemih oedema dan sensitifitas menurun sehingga menimbulkan over distention.

h. Sistem Reproduksi

Terjadi proses *involutio uteri* dimana terjadi penebalan alat genitalia interna dan eksterna yang berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. (Wiknjosastro, 2000 : 237)

Macam- macam *Lochea* atau darah nifas adalah :

- 1) *Lochea Rubra* : Berwarna merah pada hari pertama sampai hari kedua *pasca* persalinan.
- 2) *Lochea Sanguinolenta* : Berwarna merah kecoklatan pada hari ketiga sampai hari keempat belas *pasca* persalinan.
- 3) *Lochea Serosa* : Berwarna merah kekuningan pada hari ketujuh sampai hari keempat belas *pasca* persalinan.
- 4) *Lochea Alba* : Berwarna putih setelah dua minggu *pasca* persalinan.

i. Sistem Endokrin

Mengalami perubahan secara tiba-tiba dalam kala IV persalinan setelah plasenta lahir terjadi penurunan estrogen dan progesteron prolaktin menurun pada wanita yang tidak meneteki bayinya dan akan meningkat pada wanita yang meneteki. Menstruasi biasanya terjadi setelah 12 minggu post partum pada ibu yang tidak menyusui dan 36 minggu pada ibu yang menyusui.

2. Adaptasi Psikologis ibu dalam menerima perannya sebagai orang tua setelah melahirkan secara bertahap menurut Reva Rubin. (Hamilton, 1995 : 59).

a. *Fase Taking In*

Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan memfokuskan energi pada

bayi yang menyebabkan persepsi menyempit dan kemampuan menerima informasi kurang.

b. Fase Taking Hold

Mulai pada hari ketiga setelah melahirkan pada minggu keempat sampai kelima ibu siap menerima peran barunya dalam belajar tentang hal-hal baru.

c. Fase Letting Go

Dimulai sekitar minggu kelima setelah melahirkan. Anggota keluarga telah menyesuaikan diri dengan lahirnya bayi.

G. Proses Penyembuhan Luka

Menurut Robbins dan Kumar (1995) proses penyembuhan luka sebagai berikut :

1. Hari Pertama *Pasca* Bedah

Setelah luka disambung dan dijahit garis *insisi* segera terisi bekuan darah. Permukaan bekuan darah ini mengering menimbulkan suatu kerak yang menutupi luka.

2. Hari Kedua *Pasca* Bedah

Timbul aktivitas yang terpisah yaitu *reepitelisasi* dan pembentukan jembatan yang terdiri dari jaringan *fibrosa* yang menghubungkan kedua tepi celah sub *epitel*.

Jalur-jalur tipis sel menonjol dibawah permukaan kerak dari tepi *epitel* menuju ke arah sentral. Dalam waktu 48 jam tonjolan ini

berhubungan satu sama lain, dengan demikian luka telah tertutup oleh *epitel*.

3. Hari Ketiga *Pasca* Bedah

Respon radang akut mulai berkurang dan *netrofil* sebagian besar diganti oleh *makrofag* yang membersihkan tepi cabang.

4. Hari Kelima *Pasca* Bedah

Celah *insisi* biasanya terdiri dari jaringan *granulosa* yang kaya akan pembuluh darah dan longgar. Dapat dijumpai serabut-serabut *kolagen* disekitarnya.

5. Akhir Minggu Pertama

Luka telah tertutup dan epidermis dengan ketebalan yang kurang dari normal.

6. Selama Minggu Kedua

Kerangka *fibrin* sudah lenyap dari jaringan parut masih tetap berwarna merah cerah sebagai akibat peningkatan *vaskularisasi* reaksi radang hampir hilang seluruhnya.

7. Akhir Minggu Kedua

Struktur jaringan dasar parut telah mantap dan terjadi suatu proses yang panjang (menghasilkan warna jaringan parut yang lebih muda sebagai akibat tekanan pada pembuluh darah timbunan *kolagen* dan peningkatan secara mantap dan rentang luka) sedang berjalan.

H. Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesaria*

1. Hemoglobin
2. Hematokrit
3. Leukosit
4. Golongan darah (Arief Mansjoer, 1999 : 270)

Pemeriksaan penunjang gemeli menurut Manuaba (1998)

Ultrasonografi akan tampak dua janin dalam rahim.

I. Pathway

J. Fokus Intervensi

1. Nyeri berhubungan dengan *inkontinuitas* jaringan (Doenges, 2000 : 388).

Tujuan: Nyeri berkurang

Kriteria Hasil :

- a. Individu akan menyampaikan bahwa orang lain memvalidasi adanya nyeri
- b. Mengungkapkan hilangnya nyeri setelah dilakukan tindakan, dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri berkurang.

Intervensi :

- a. Tentukan karakteristik dan lokasi nyeri
- b. Beri informasi mengenai penyebab nyeri
- c. Ubah posisi klien untuk mengurangi nyeri
- d. Monitor tanda-tanda vital
- e. Ajarkan teknik *relaksasi*
- f. Kolaborasi pemberian *analgetik*

2. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan luka *insisi* pembedahan. (Tucker, 1998).

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria Hasil :

- a. Individu akan mendemonstrasikan pengetahuan tentang faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan potensial terhadap infeksi
- b. Individu akan melaksanakan tindakan pencegahan yang sesuai untuk mencegah infeksi

Intervensi :

- a. Kaji peningkatan suhu, nadi, *respirasi* sebagai tanda infeksi.
 - b. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.
 - c. Observasi *insisi* terhadap tanda infeksi : kemerahan, nyeri tekan, bengkak pada sisi *insisi*, peningkatan suhu.
 - d. Ganti pembalut luka sesuai kebijakan rumah sakit.
 - e. Kolaborasi dalam pemberian *antibiotik*.
3. Risiko kurang volume cairan berhubungan dengan perdarahan *pasca partum* (Tucker, 1998).

Tujuan : Tidak terjadi kekurangan volume cairan

Kriteria Hasil :

- a. Individu akan mempertahankan masukan cairan dan elektrolit.
- b. Mengidentifikasi cairan yang abnormal dan mengganti cairan sesuai kebutuhan
- c. Mempertahankan berat jenis urine dalam batas normal.

Intervensi :

- a. Beritahu pasien tentang jumlah *lochea* yang normal.
 - b. Anjurkan untuk menghubungi dokter bila pengeluaran *lochea* berlebihan.
 - c. Hindari *massase* yang tak perlu pada *fundus*, yang dapat menyebabkan relaksasi uterus dan *hemoragie*.
 - d. Pertahankan cairan *parenteral* sesuai intruksi.
 - e. Ukur intake dan output cairan.
4. Kurang pengetahuan tentang perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang informasi. (Doenges, 2000)

Tujuan : Pasien dapat mendemonstrasikan dan mengungkapkan pemahaman diri tentang *post partum*.

Kriteria Hasil :

- a. Pasien memahami cara-cara perawatan diri dan bayi.
- b. Pasien mampu mendemonstrasikan

Intervensi :

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien.
- b. Beri informasi tentang perawatan diri dan bayi.
- c. Beri pendidikan kesehatan.
- d. Dorong pasien untuk melakukan secara mandiri.
- e. Libatkan keluarga ketika memberikan pendidikan kesehatan.

5. *Konstipasi* berhubungan dengan penurunan otot abdomen, penurunan *peristaltik* usus (Doenges, 2000)

Tujuan : *Eliminasi* kembali normal

Kriteria Hasil : Pasien bisa BAB dengan konsistensi normal

Intervensi :

- a. Anjurkan klien untuk tidak menahan BAB.
- b. Berikan cairan peroral 6-8 gelas perhari.
- c. Identifikasi penyebab gangguan *eliminasi* BAB.
- d. Anjurkan untuk ambulasi dini sesuai toleransi.
- e. Kolaborasi pemberian obat *pencabar*.
- f. Kolaborasi pemberian diit tinggi serat.

6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik (Doenges, 2000)

Tujuan : Aktivitas pasien meningkat sesuai dengan toleransi.

Kriteria Hasil :

- a. Individu akan mengidentifikasi faktor-faktor yang memperberat intoleransi aktivitas.
- b. Mengidentifikasi metode untuk mengurangi intoleransi aktivitas.
- c. Mengalami kemajuan aktivitas.
- d. Mempertahankan tekanan darah, nadi dan pernafasan dalam rentang yang telah ditentukan sebelumnya selama sakit.

Intervensi :

- a. Evaluasi respon klien terhadap aktivitas.
 - b. Ajarkan teknik mobilisasi dini sesuai indikasi.
 - c. Bantu klien dalam melakukan aktivitas.
 - d. Motivasi klien dalam mengikuti latihan ambulasi.
 - e. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam latihan ambulasi.
7. Kurang perawatan diri berhubungan dengan ketergantungan, kehilangan mobilitas (Doenges, 2000)

Tujuan : Gangguan perawatan diri tidak terjadi

Kriteria Hasil :

- a. Menunjukkan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan pribadi.
- b. Mendemonstrasikan perubahan teknik atau gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan diri.

Intervensi :

- a. Kaji faktor penyebab atau yang berperan .

- b. Tentukan kemampuan saat ini (skala 0-4) dan hambatan untuk partisipasi dalam perawatan.
- c. Ikut sertakan pasien dalam formulasi rencana perawatan pada tingkat kemampuan..
- d. Dorong perawatan diri, bekerja dengan kemampuan yang sekarang jangan menekan pasien diluar kemampuannya.
- e. Sediakan waktu adekuat bagi pasien untuk melengkapi tugas, miliki harapan untuk peningkatan dan bantu sesuai kebutuhan.